



Профилактика и лечение стенокардии напряжения: от традиционных подходов к созданию единой информационной онлайн-системы

Н.П. Кириленко, д.м.н., проф., И.А. Жмакин, к.м.н., Н.Н. Ильина, к.фарм.н.

Адрес для переписки: Николай Петрович Кириленко, pitaniepetrovich@yandex.ru

Для цитирования: Кириленко Н.П., Жмакин И.А., Ильина Н.Н. Профилактика и лечение стенокардии напряжения: от традиционных подходов к созданию единой информационной онлайн-системы. Эффективная фармакотерапия. 2023; 19 (22): 24–30.

DOI 10.33978/2307-3586-2023-19-22-24-30

Введение. Рост заболеваемости первичной стенокардией напряжения (СН) стимулирует поиск инновационных подходов к ее профилактике и лечению.

Цель – проанализировать эффективность профилактики и лечения СН с помощью традиционного подхода и возможность создания единой информационной онлайн-системы.

Материал и методы. Изучены данные 297 больных СН из общей выборки 4453 пациентов, разделенных на три группы. Первую составили 2390 профилактически проконсультированных пациентов, у которых оценивали факторы риска (ФР), определяли уровни общего холестерина (ОХ) и глюкозы крови, учитывали сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) и которых регистрировали в онлайн-кабинете. 1318 пациентов второй группы ответили на онлайн-опросник о поведенческих ФР, ожирении и ССЗ. Третью группу составили 745 пациентов. В этой группе анализировали каждую десятую амбулаторную карту в регистратуре с оценкой ожирения, уровней артериального давления, ОХ, ССЗ и лекарственной терапии.

Результаты. СН (6,7%) чаще обнаруживалась у женщин, чем у мужчин (7,7 и 4,7%), и нарастала с увеличением возраста. У больных СН по сравнению с пациентами без ССЗ чаще выявлялись гиподинамия (50,6 и 42,7%), ожирение (40,7 и 14,6%), систолическая артериальная гипертензия (сАГ) (66,2 и 14,0%), диастолическая АГ (дАГ) (54,0 и 18,7%), гиперхолестеринемия (64,3 и 42,6%) и гипергликемия (18,6 и 5,3%). Антиагреганты принимали 51,7% пациентов: аспиринсодержащие препараты – 77,4%, клопидогрел – 22,6%, комбинацию этих препаратов – 9,7%. Липидснижающую терапию назначали 61,7% больных СН. Однако уровень ОХ менее 5 ммоль/л зарегистрирован только у 40,0% пациентов. Бета-адреноблокаторы использовали 60,0% пациентов, ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента – 47,3%, мочегонные препараты – 36,4%, антагонисты кальция – 34,5%, антагонисты рецепторов ангиотензина II – 29,1% и фиксированные дозы антигипертензивных препаратов – 7,3%. Однако сАГ отмечалась у 72,2% пациентов, дАГ – у 53,0%.

Заключение. С целью повышения эффективности профилактики и лечения СН необходимо воспользоваться единой информационной онлайн-системой.

Ключевые слова: стенокардия, профилактика, лечение, информационная онлайн-система

Введение

Проблемы профилактики и лечения стенокардии напряжения (СН) как самой частой формы ишемической болезни сердца (ИБС) актуальны и сегодня. Во-первых, по данным Росстата [1], с 2010 по 2020 г. частота впервые установленного диагноза СН возросла в 1,3 раза (с 212 до 286 на 100 тыс. населения). Во-вторых, смерт-

ность от инфаркта миокарда как одного из последствий СН в 2020 г. по сравнению с 2018 г. несколько увеличилась (39,7 и 38,8 на 100 тыс. населения). Одним из решений проблемы представляется комплексный подход, предусматривающий создание единой информационной онлайн-системы, объединяющей как традиционные [2], так и информационно-коммуникационные



технологии. Последние в настоящее время находят все большее применение в практическом здравоохранении [3, 4]. В конечном итоге должна произойти цифровая трансформация сферы здравоохранения – создание цифрового ассистента для пациента, базы больших данных (big data), искусственного интеллекта, предиктивной аналитики [5] вплоть до развития единой информационной онлайн-системы по профилактике ИБС.

Цель – проанализировать вопросы профилактики и лечения СН с помощью традиционного подхода и возможность использования единой информационной онлайн-системы.

Материал и методы

Проанализирована информация о 297 больных СН из общей выборки 4453 пациентов (1565 (35,1%) мужчин, 2888 (64,9%) женщин). 1071 (24,1%) пациент находился в возрасте 20–29 лет, 730 (16,4%) – в возрасте 30–39 лет, 1295 (29,1%) – 40–59 лет, 1136 (25,4%) – 60–79 лет, 221 (5,0%) – 80 лет и старше. Выборка была сформирована из трех групп. Первую составили 2390 пациентов, профилактически проконсультированных в торговых центрах на специально оборудованной медицинской площадке. У них оценивали поведенческие (ежедневное употребление овощей и фруктов менее 400 г; гиподинамия – ежедневная ходьба, включая на работу и обратно, менее 30 минут в день; табакокурение – выкуривание более одной сигареты в день и злоупотребление алкоголем: для мужчин – свыше 20 г алкоголя в день, для женщин – более 10 г) и алиментарно-зависимые (ожирение – индекс массы тела 30 кг/м² и выше; систолическая артериальная гипертензия (сАГ) и диастолическая АГ (дАГ), артериальное давление (АД) 140 и 90 мм рт. ст. и выше; у трети обследованных с помощью тест-полосок определяли уровень общего холестерина (ОХ) для выявления дневной гиперхолестеринемии (5 ммоль/л и выше) и уровень глюкозы для диагностики дневной гипергликемии (7,8 ммоль/л и выше)) факторы риска (ФР) ИБС. Учитывались ранее установленные врачами сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ): гипертоническая болезнь (ГБ), СН, перенесенный инфаркт миокарда, нарушения сердечного ритма, хроническая сердечная недостаточность, цереброваскулярные заболевания и прием за две недели до опроса антигипертензивных и липидснижающих препаратов. По окончании профилактического консультирования пациентам предоставляли рекомендации по коррекции выявленных ФР развития неинфекционных заболеваний, выдавали автоматизированные медицинские заключения с указанием логина и пароля личного онлайн-кабинета (демоверсия: своездоровье.рф; логин: rat3; пароль: rat31111), а при необходимости оформляли направления на консультацию в лечебные организации Твери.

Во вторую группу вошли 1318 пациентов, ответивших на онлайн-опросник. В нем учитывались поведенческие ФР, ожирение и ранее установленные врачами указанные ССЗ.

Третья группа (n = 745) была сформирована на основании анализа каждой десятой амбулаторной карты, находившейся в регистратуре. Учитывались ожирение, уровни АД, ОХ, ССЗ и лекарственная терапия.

Статистическую обработку результатов исследования проводили с помощью пакета статистических программ WinPepi. Использовали точный критерий Фишера и его значения при статистической коррекции.

Дизайн исследования: одномоментное поперечное исследование с использованием выборки по удобству [6]. В него включались все желающие.

Результаты

Выявляемость СН

Из 4453 пациентов СН ранее диагностирована у 297 (6,7%). В целом СН статистически значимо чаще выявлялась у женщин, чем у мужчин (193 (7,7%) и 74 (4,7%) соответственно; $p = 0,009$). Однако при распределении пациентов в зависимости от возраста регистрация СН была одинаковой ($p > 0,05$), но закономерно возрастала как у мужчин, так и у женщин с увеличением возраста ($p = 0,000$) (рис. 1).

Выявляемость факторов риска у больных СН и без ССЗ

При анализе результатов в первой и третьей группах установлено, что у лиц без ССЗ достаточно часто имели место как поведенческие (25,1–60,2%), так алиментарно-зависимые (14,0–42,6%) ФР развития ССЗ, исключая дневную гипергликемию (5,3%) (таблица). Вместе с тем у больных СН по сравнению с пациентами без ССЗ реже регистрировались табакокурение, ежедневное употребление овощей и фруктов менее 400 г и злоупотребление алкоголем. Напротив, гиподинамия, ожирение, сАГ, дАГ, дневная гиперхолестеринемия и гипергликемия чаще выявлялись у больных СН, чем у лиц без ССЗ.

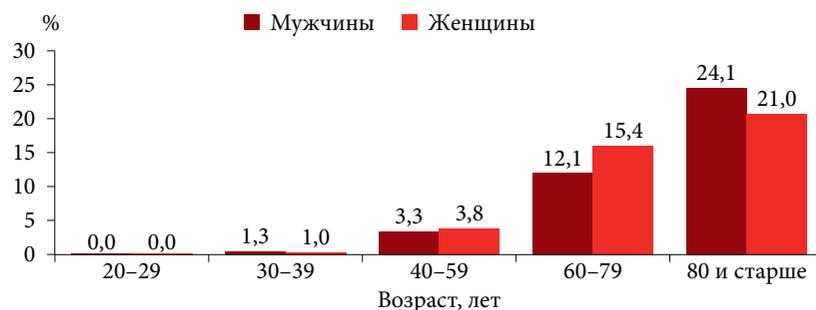


Рис. 1. Выявляемость стенокардии напряжения у мужчин и женщин в зависимости от возраста

Выявляемость факторов риска у больных СН и у лиц без ССЗ, абс. (%)

Показатель	Стенокардия	Отсутствие ССЗ	p
Табакокурение (n = 216)	27 (12,5)	560 (25,1)	0,000
Ежедневное употребление овощей и фруктов менее 400 г (n = 237)	110 (46,4)	1581 (60,2)	0,000
Гиподинамия (n = 237)	120 (50,6)	1122 (42,7)	0,018
Злоупотребление алкоголем (n = 234)	60 (25,6)	1052 (40,5)	0,000
Ожирение (n = 226)	92 (40,7)	355 (14,6)	0,000
сАГ (n = 237)	157 (66,2)	271 (14,0)	0,000
дАГ (n = 237)	128 (54,0)	352 (18,7)	0,000
Гиперхолестеринемия (n = 112)	72 (64,3)	340 (42,6)	0,000
Гипергликемия (n = 86)	16 (18,6)	38 (5,3)	0,000



Медикаментозная терапия больных СН в амбулаторной практике

Базовой частью лечения больных СН являются антиагреганты. Однако они назначались только 31 (51,7%) пациенту. В абсолютном большинстве случаев (24 (77,4%) пациентов) это были аспиринсодержащие препараты (АСП), реже – клопидогрел (7 (22,6%)) и их комбинация (3 (9,7%)). 11 (45,7%) пациентов получали АСП Кардиомагнил, 4 (16,7%) – АСК-кардио, 4 (16,7%) – Тромбо АСС, 3 (12,5%) – ацетилсалициловую кислоту с магния гидроксидом, 1 (4,2%) – Аспаргит, 1 (4,2%) – Ацетилсалициловую кислоту Кардио.

Базовая терапия больных СН предполагает нормализацию липидного обмена, в частности ОХ. Однако, судя по анализу амбулаторных карт (третья группа), во-первых, информация о нем имела только у 40 (66,7%) пациентов, во-вторых, липидснижающие препараты назначались 37 (61,7%) пациентам, в-третьих, уровни ОХ менее 5 ммоль/л отмечались лишь у 16 (40%) больных СН. Следует отметить, что от предыдущего до последнего анализа ОХ у 8 (13,3%) прошло полгода, у 3 (5,0%) – около года, у 22 (36,7%) – более года. У 27 (45,0%) пациентов в амбулаторной карте был указан только один результат измерения уровня ОХ.

При назначении липидснижающей терапии врачи использовали восемь наименований. Абсолютным лидером был аторвастатин – 24 (64,9%) случая, реже назначали розувастатин – 6 (16,2%), еще реже Торвакард – 2 (5,4%). По одному случаю (2,7%) зафиксировано назначение Аториса, ловастатина, правастатина, Роксеры и симвастатина.

Необходимо также отметить, что из 179 больных СН первой группы липидснижающую терапию получали последние две недели до опроса 40 (22,3%) пациентов.

При лечении больных СН крайне важна медикаментозная терапия ГБ. Однако оказалось, что при сочетанном течении СН и ГБ (первая и третья группы) сАГ имела место у 143 (72,2%), дАГ – у 105 (53,0%) пациентов. При анализе амбулаторных карт пациентов третьей группы установлено, что период от предыдущей до последней записи об уровне АД у 4 (7,3%) пациентов составил менее месяца, у 11 (20,0%) – 1–3 месяца, у 7 (12,7%) – 4–6 месяца, у 3 (5,5%) – 7–11 месяцев, у 30 (54,5%) – 12 месяцев и более.

Исходя из анализа амбулаторных карт (третья группа), при сочетанном течении СН и ГБ (n = 55) врачи использовали все пять групп антигипертензивных препаратов (АГП). Чаще всего они назначали бета-адреноблокаторы (ББ) – 33 (60,0%) случая, далее – ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента (иАПФ) – 26 (47,3%), реже – мочегонные препараты (МП) – 20 (36,4%) и антагонисты кальция (АК) – 19 (34,5%), еще реже – антагонисты рецепторов ангиотензина II (АРАII) – 16 (29,1%) и очень редко – фиксированные дозы АГП – 4 (7,3%) случая.

Из четырех ББ врачи предпочтение отдавали бисопрололу – 28 (84,9%) случая, гораздо реже назначали Конкор – 3 (9,1%), еще реже – соталол – 1 (3,0%) и метопролол – 1 (3,0%).

Из шести иАПФ врачи чаще всего назначали эналаприл – 11 (42,3%) пациентов, в два раза реже – лизинаприл – 6 (23,2%), еще реже – периндоприл – 3 (11,5%), Энап – 3 (11,5%), каптоприл – 2 (7,7%), Диротон – 1 (3,8%) пациентов.

Наиболее часто из МП врачи использовали индапамид – 8 (40,0%) случаев, гораздо реже – Верошпирон – 5 (25,0%), еще реже – спиронолактон – 3 (15,0%), редко торасемид – 2 (10,0%), Равел – 1 (5,0%) и фуросемид – 1 (5,0%) случаев. Из четырех назначавшихся АК абсолютным лидером был амлодипин – 16 (84,1%) пациентов. Врачи редко назначали верапамил – 1 (5,3%) случай, дилтиазем – 1 (5,3%) и лерканидипин – 1 (5,3%) случай.

Наибольший выбор (семь препаратов) приходился на АРАII. Из них чаще всего врачи выписывали лозартан – 7 (43,8%) пациентов, почти в два раза реже – телмисартан – 3 (18,6%), еще реже – Лозап – 2 (12,4%) и по одному разу (6,3%) – валсартан, Вальсакор, кандесартан и Телмисту.

Препараты с фиксированными дозами АГП были представлены четырьмя наименованиями, каждый из которых использовался по два раза: Апроваск (25,0%), валсартан с гидрохлортиазидом (25,0%), Престилон (25,0%) и Эдабри Кло (25,0%).

Из 145 больных СН и ГБ первой группы АГП последние две недели до опроса принимали 123 (84,8%) пациента.

Обсуждение

Выявляемость СН

Самым частым вариантом стабильной формы ИБС является СН, распространенность которой увеличивается с возрастом как у мужчин, так и у женщин [7]. Проведенное нами исследование также выявило подобную закономерность. Кроме того, СН чаще регистрировалась среди женщин, что согласуется с результатами других авторов [8, 9], которые проводили популяционные эпидемиологические исследования, используя кардиологический опросник Роуза. Вместе с тем обращает на себя внимание высокая выявляемость СН (6,7%) среди жителей Тверского региона. Это требует проведения дополнительных организационных мероприятий, в том числе по коррекции ФР СН с использованием единой информационной онлайн-системы, позволяющей оценивать эффективность первичной профилактики ИБС на популяционном уровне.

Выявляемость факторов риска у больных СН и без ССЗ

В развитии ССЗ решающую роль играют основные поведенческие (табакокурение, ежедневное употребление менее 400 г овощей и фруктов, гиподинамия и злоупотребление алкоголем) и алиментарно-зависимые (ожирение, АГ, гиперхолестеринемия и гипергликемия) ФР [10–13]. Результаты проведенного нами анализа выявляемости ФР у больных СН совпадают с мнением других авторов [14] о недостаточной эффективно проводимой коррекции ФР СН во время диспансерного наблюдения. Нельзя также не согласиться с авторами, указывающими на необходимость оптимизации не только программы популяционной профилактики [15], но и первичного звена здравоохранения [16].



Одним из резервов повышения эффективности профилактических мероприятий является увеличение контактов населения с системой здравоохранения [17]. Действительно, радикально повысить эффективность популяционной профилактики ИБС в первичном звене здравоохранения очень трудно без глобальных изменений в подходах к ней [16], в том числе с использованием информационно-коммуникационных технологий. Важно, что вовлечение пациентов с ИБС в программу интенсивного амбулаторного наблюдения позволяет снизить у них смертность от всех причин на 19% и частоту повторных госпитализаций на 6% [18]. С этой целью может быть использован онлайн-формат наблюдения за пациентами, не уступающий по эффективности непосредственному наблюдению [19]. Одной из форм онлайн-контакта с больными может быть разработанный нами индивидуальный онлайн-кабинет пациента – основополагающий элемент единой информационной онлайн-системы.

Медикаментозная терапия больных СН

Согласно клиническим рекомендациям по стабильной ИБС [7], основными целями ее лечения являются устранение симптомов заболевания и профилактика сердечно-сосудистых осложнений (ССО). Последнее достигается посредством назначения антиагрегантов и липидснижающих препаратов, а также адекватным лечением ГБ.

Антиагрегантная терапия

Антиагрегантные препараты должны назначаться всем больным СН в отсутствие противопоказаний [7]. В проведенном нами исследовании запись об этих препаратах в амбулаторных картах обнаружена лишь в половине случаев. При этом в 3/4 из них это были АСП (у половины – Кардиомагнил и гораздо реже АСК-кардио, Тромбо АСС и крайне редко другие препараты), а у оставшихся – клопидогрел. Лишь каждый десятый принимал комбинацию АСП и клопидогрела. В то же время прямые ингибиторы фактора Ха не назначались. Данная информация свидетельствует о недостаточном использовании врачами поликлинического звена антиагрегантной терапии в качестве профилактики ССО у больных СН. Об этом сообщают и другие авторы, оценивавшие использование в амбулаторной практике больными, перенесшими инфаркт миокарда и/или коронарную ангиопластику, антиагрегантов [20].

Гиполипидемическая терапия

Эффективное лечение липидных нарушений снижает риск ССО [21]. Однако, исходя из анализа амбулаторных карт, липидснижающие препараты назначались только половине больных СН. Использовались восемь наименований. В половине случаев назначали аторвастатин, гораздо реже – розувастатин, в единичных случаях – Торвакард, Аторис, ловастатин, правастатин, Роксеру и симвастатин. Следует отметить, что аторвастатин был лидером среди липидснижающих препаратов и в других исследованиях, проведенных в амбулаторных условиях [22, 23]. Вместе с тем в нашем исследовании, судя по записям в амбулаторных картах,

ни эзетимиб, ни другие гиполипидемические средства (алирокумаб или эволокумаб), которые используются при неэффективности статинов, не назначались [7]. Как показали результаты обследования в первой группе, только пятая часть больных СН принимали липидснижающие препараты за последние две недели до профилактического консультирования в торговых центрах. Закономерным итогом низкой эффективности коррекции нарушений липидного обмена можно считать то, что уровни ОХ ниже 5 ммоль/л были менее чем у половины обследованных. Одна из причин – недостаточная активность врачей в амбулаторных условиях в отношении нормализации липидных нарушений. Например, у трети больных СН период от предыдущего до последнего измерения уровня ОХ составил более года, что не соответствует клиническим рекомендациям по лечению стабильной ИБС [7]. К такому выводу пришли и другие авторы [22, 23].

Антигипертензивная терапия

С целью профилактики ССО у больных СН при наличии ГБ рекомендуется назначить иАПФ или АРАII [24]. Однако, как показали результаты наших исследований, иАПФ и АРАII использовались только в 3/4 случаев. Оставшимся больным были рекомендованы другие АГП (ББ, МП и АК) или их комбинации.

В отношении описания назначений врачами в амбулаторных условиях отдельных представителей АГП важно отметить следующее. Практически не вызывает нареканий выбор врачами представителей АГП из группы АРАII. Все они (лозартан, телмисартан, Лозап, валсартан, Вальсакор, Телмиста, кандесартан) назначаются однократно [25].

В настоящее время центральное место в лечении ИБС занимают высокоселективные ББ [26]. В нашем исследовании при назначении врачами в амбулаторных условиях ББ предпочтение (97%) отдавалось представителям второго поколения (бисопролол, Конкор и метопролол). В одном случае (3,0%) применялся некардиоселективный соталол. Вместе с тем ни в одной из амбулаторных карт больных СН и ГБ не было записей о назначении ББ третьего поколения с вазодилатирующим эффектом (карведилол и небиволол), хотя они рекомендованы при сочетании ГБ и СН [27].

Еще хуже были результаты, полученные при анализе использования врачами поликлиник и АПФ. Более чем в половине случаев (61,0%) назначались или эналаприл, или Энап, или каптоприл, не рекомендуемые в настоящее время для курсового лечения ГБ, поскольку их надо принимать несколько раз в день [25]. Напротив, лизиноприл, Диротон и периндоприл, используемые однократно, и подобные им препараты должны назначаться больным ГБ.

Похожие проблемы, обусловленные кратностью приема АГП, выявлены при назначении врачами в амбулаторных условиях АК. Это касается верапамила и дилтиазема, которые принимаются несколько раз в день. Однако в большинстве случаев (89,4%) назначали АК амлодипин и лерканидипин, используемые однократно. Принимая во внимание современные клинические



рекомендации по лечению ХСН [28], необходимо отметить, что в амбулаторных условиях такой МП, как фуросемид (5,0% случаев), вряд ли целесообразно использовать. В то же время остальные МП (индапамид, Верошпирон, спиронолактон, торасемид и Равел) можно считать обоснованно назначенными.

В настоящее время при лечении ГБ предпочтение отдается фиксированным дозам АГП [27]. Однако в нашем исследовании врачи в амбулаторных условиях их назначали лишь каждому 15-му больному СН и ГБ. При этом одинаково часто использовались всего четыре наименования: Апроваск, Престилол, Эдабри Кло и валсартан с гидрохлортиазидом. Вместе с тем последний препарат из-за содержания в нем гидрохлортиазида больным ГБ не рекомендован [7].

Безусловно, эффективность антигипертензивной терапии определяется в том числе приверженностью к ней больных ГБ. Установлено, что только 84,8% больных СН и ГБ из первой группы принимали АГП последние две недели до опроса. В то же время использование фиксированных доз АГП (одна таблетка в день) считается одним из перспективных подходов к повышению приверженности к терапии [29]. Помимо этого низкую приверженность больных ГБ и СН к приему АГП отчасти можно объяснить реальной практикой диспансерного наблюдения за ними. Например, оказалось, что период от предыдущей до последней записи в амбулаторной карте об уровне АД у половины больных превысил один год, сАГ имела место у 3/4 больных, дАГ – у половины.

Выявленные проблемы в диспансерном наблюдении за больными СН и ГБ обусловлены не только организационными моментами (соблюдение предписанной в клинических рекомендациях кратности наблюдения), но и приверженностью пациентов лекарственной терапии, а также знаниями врачей о длительности и особенностях фармакологического действия назначаемых АГП. Комплексное решение проблемы с помощью единой информационной онлайн-системы позволит повысить эффективность профилактики ССО при СН.

Создание единой информационной онлайн-системы

В последнее десятилетие наблюдается бурное развитие цифровизации, которая затрагивает и медицину. Перспективность этого отражена в материалах Всемирной организации здравоохранения [30].

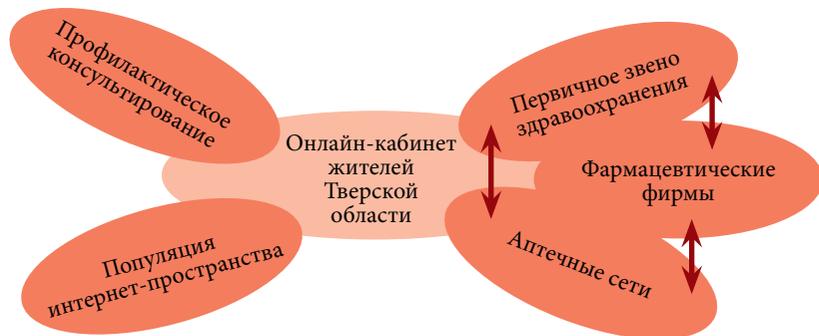


Рис. 2. Схема единой информационной онлайн-системы по взаимодействию жителей Тверской области, первичного звена здравоохранения, фармацевтических фирм и аптечных сетей

Опираясь на собственный опыт реализации с 2015 г. проекта «Мобильное здравоохранение в Тверской области», предлагаем к апробации глобальную информационную онлайн-систему по профилактике ИБС. Ее схематическое изображение представлено на рис. 2.

Как видим, связующим звеном информационной онлайн-системы является онлайн-кабинет пациента, расположенный в медицинском веб-портале Тверского государственного медицинского университета. Его функционал позволяет не только повысить приверженность пациентов выполнению рекомендаций врача по профилактике и лечению ИБС, но и наладить взаимодействие между пациентами и врачами первичного звена здравоохранения, аптечной сетью и фармацевтическими компаниями. Последние, воспользовавшись онлайн-кабинетом пациентов, могут своевременно информировать больных об эффективных лекарственных средствах, используемых при лечении ССЗ, не нарушая при этом Федеральный закон «О рекламе» [31]. Подобным образом можно выстроить взаимодействие и с врачами поликлиник. Кроме того, информационная онлайн-система поможет наладить оперативное взаимодействие в аспекте оптимизации применения врачами поликлиник сердечно-сосудистых препаратов [32] и соответствия их товарных запасов в аптечной сети потребностям больных ИБС. При этом важен научно обоснованный перенос контура общения и обслуживания покупателей в аптеках из офлайн-канала в онлайн. Использование достижений цифровизации с целью создания единой информационной онлайн-системы для взаимодействия жителей Тверской области, первичного звена здравоохранения, фармацевтических фирм и аптечных сетей позволит повысить эффективность профилактики ИБС.

Заключение

Проведен анализ проблем профилактики и лечения СН с помощью традиционного подхода и возможности использования единой информационной онлайн-системы. Работа основывалась на изучении данных 297 больных СН из общей выборки ($n = 4453$). В исследовании анализировали информацию, полученную в ходе профилактического консультирования пациентов в торговых центрах на специально оборудованной медицинской площадке ($n = 2390$), данные онлайн-опросника ($n = 1318$) и результаты анализа каждой десятой амбулаторной карты, находившейся в регистратуре ($n = 745$).

Установлено, что на фоне достаточно высокой регистрации ФР продолжается рост первичной заболеваемости СН, выявляемость которой закономерно возрастает как у мужчин, так и у женщин с увеличением возраста. Исходя из анализа амбулаторных карт, больным СН антиагреганты назначались в половине случаев, из них в 3/4 – АСП, в 1/4 – клопидогрел. Лишь каждый десятый использовал комбинацию АСП и клопидогрела. Прямые ингибиторы фактора Ха не назначались. Липидснижающие препараты использовала только половина больных СН. В половине случаев принимали



аторвастатин, гораздо реже – розувастатин и в единичных случаях – Торвакард, Аторис, ловастатин, правастатин, Роксеру и симвастатин. Эзетимиб и другие гиполипидемические средства (алирокумаб или эволокумаб) не назначались. Важно, что только пятая часть больных СН принимала липидснижающие препараты за последние две недели до профилактического консультирования. На этом фоне уровень ОХ менее 5 ммоль/л отмечался у меньшей половины обследованных. У больных СН и ГБ использовались все пять групп АГП. Чаще назначались ББ (60,0%), затем – иАПФ (47,3%), МП (36,4%), АК (34,5%), АРАП (29,2%), редко – фиксированные дозы АГП (7,3%). Однако сАГ оставалась у 72,2%,

дАГ – у 53,0% пациентов. Углубленный анализ используемых врачами поликлиник АГП показал некоторое несоответствие назначенных лекарственных средств большому СН и ГБ клиническим рекомендациям по АГ и стабильной ИБС, а также механизму их фармакологического действия. Важно также, что большинство (84,8%) пациентов принимали липидснижающие препараты за последние две недели до профилактического консультирования.

Для повышения эффективности профилактики и лечения СН предлагается создание единой информационной онлайн-системы. ➔

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Литература

1. Здравоохранение в России. 2021. Статистический сборник. Росстат. М., 2021 // rosstat.gov.ru/storage/mediabank/Zdravoohran-2021.pdf (дата обращения 18.05.2023).
2. Бойцов С.А., Проваторов С.И. Возможности диспансерного наблюдения в снижении смертности от ишемической болезни сердца. *Терапевтический архив.* 2023; 95 (1): 5–10.
3. Кириленко Н.П., Королёва О.М., Красненков В.Л. и др. Мобильное здравоохранение в Тверской области: от идеи до реализации и продвижения. *Профилактическая медицина.* 2019; 22 (3): 44–50.
4. Ионов М.В., Жукова О.В., Звартау Н.Э., Конради А.О. Телемедицинское наблюдение и дистанционное консультирование пациентов с неконтролируемой артериальной гипертензией. *Терапевтический архив.* 2021; 93 (1): 30–40.
5. Пугачев П.С., Гусев А.В., Кобякова О.С. и др. Мировые тренды цифровой трансформации отрасли здравоохранения. *Национальное здравоохранение.* 2021; 2 (2): 5–12.
6. Эпидемиологический словарь / под ред. Джона М. Ластва для Международной эпидемиологической ассоциации // osdm.org/wp-content/uploads/2014/05/epid_dict.pdf (дата обращения 21.05.2023).
7. Стабильная ишемическая болезнь сердца. Клинические рекомендации Минздрава России. М., 2020 // cardioweb.ru/files/glavny-kardiolog/rekomendation/Клин_рекомендации_ИБС_2020.pdf (дата обращения 26.05.2023).
8. Alonso J.J., Muñoz J., Gómez-Doblas J.J., et al. Prevalence of stable angina in Spain. Results of the OFRECE Study. *Revista Española de Cardiología (Engl. Ed.)*. 2015; 68 (8): 691–699.
9. Каюмова М.М., Гакова Е.И., Сенаторова О.В. Эпидемиологические аспекты распространенности ишемической болезни сердца в открытой городской популяции: гендерные различия. *Сибирский журнал клинической и экспериментальной медицины.* 2019; 34 (2): 146–151.
10. Баланова Ю.А., Шальнова С.А., Имаева А.Э. и др. Распространенность артериальной гипертензии, охват лечением и его эффективность в Российской Федерации (данные наблюдательного исследования ЭССЕ-РФ-2). *Рациональная фармакотерапия в кардиологии.* 2019; 15 (4): 450–466.
11. Гамбарян М.Г., Калинина А.М., Попович М.В. и др. Потребность в медицинской помощи по отказу от курения и ее реализация: результаты российского опроса взрослого населения по оценке государственной политики противодействия потреблению табака ЭПОХА-РФ. *Профилактическая медицина.* 2019; 22 (4): 26–36.
12. Акимов А.М., Гакова А.А., Кузнецов В.А. Сравнительный анализ интенсивности табакокурения среди женщин молодого и среднего возрастов одного административного округа г. Тюмени в 1996–2016 гг. *Кардиоваскулярная терапия и профилактика.* 2021; 20 (2): 2655.
13. Невзорова В.А., Присеко Л.Г., Ахмедова Э.Б. и др. Распространенность курения и его связь с факторами кардиоваскулярного риска у лиц условно-здоровой популяции (по данным регионального этапа ЭССЕ-РФ в Приморском крае). *Южно-Российский журнал терапевтической практики.* 2022; 3 (2): 71–79.
14. Угурчиева П.О., Дидигова Р.Т., Худяков М.Б., Мамедов М.Н. Пятилетняя динамика факторов риска и коморбидности соматических заболеваний у больных со стенокардией напряжения. *Российский кардиологический журнал.* 2020; 25 (2): 3730.
15. Бадин Ю.В., Фомин И.В., Поляков Д.С. Динамика распространенности модифицируемых факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний в европейской части Российской Федерации. *Южно-Российский журнал терапевтической практики.* 2021; 2 (2): 16–25.
16. Драпкина О.М. Популяционная профилактика как первый этап профилактического континуума в первичном звене здравоохранения Российской Федерации. *Южно-Российский журнал терапевтической практики.* 2020; 1 (1): 28–32.
17. Кашутина М.И., Концевая А.В. Осведомленность об уровне артериального давления и его контроль в популяции: роль контактов населения с системой здравоохранения. *Профилактическая медицина.* 2021; 24 (5): 126–131.
18. Sawicki O.A., Mueller A., Glushan A., et al. Intensified ambulatory cardiology care: effects on mortality and hospitalisation – a comparative observational study. *Sci. Rep.* 2020; 10 (1): 14695.



19. Осокина А.К., Потехина А.В., Филатова А.Ю. и др. Возможность контроля липидного профиля у пациентов, перенесших стентирование коронарных артерий, с помощью дистанционного мониторинга по результатам наблюдения в течение 6 месяцев. Вестник Всероссийского общества специалистов по медико-социальной экспертизе, реабилитации и реабилитационной индустрии. 2020; 3: 56–64.
20. Загребельный А.В., Марцевич С.Ю., Лукьянов М.М. и др. Анализ назначения дезагрегантной терапии врачами амбулаторно-поликлинического звена больным, перенесшим острый инфаркт миокарда и/или коронарную ангиопластику с имплантацией стента, в рамках амбулаторного регистра РЕКВАЗА. Клиницист. 2015; 9 (3): 34–39.
21. Gencer B, Marston N.A., Im K., et al. Efficacy and safety of lowering LDL cholesterol in older patients: a systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. Lancet. 2020; 396 (10263): 163743.
22. Тоголашвили Н.Г., Яскевич Р.А. Эффективность гиполипидемической терапии на амбулаторном этапе у пациентов с ишемической болезнью сердца, проживающих в крупном промышленном центре Восточной Сибири. Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2021; 20 (8): 3135.
23. Ларина В.Н., Миронова Т.Н., Ларин В.Г. и др. Современные подходы к терапии пациентов с дислипидемией в реальной практике врача амбулаторного звена. Кардиология. 2023; 63 (4): 11–15.
24. Montalescot G., Sechtem U., Achenbach S., et al. 2013 ESC guidelines on the management of stable coronary artery disease: the task force on the management of stable coronary artery disease of European Society of Cardiology. Eur. Heart J. 2013; 34: 2949–3003.
25. Справочник лекарственных средств VDAL // www.vidal.ru/ (дата обращения 31.05.2023).
26. Sorbets E., Steg P.G., Young R., et al. β -blockers, calcium antagonists, and mortality in stable coronary artery disease: an international cohort study. Eur. Heart J. 2019; 40 (18): 1399–1407.
27. Артериальная гипертензия у взрослых. Клинические рекомендации Минздрава России. М., 2022 // scardio.ru/content/Guidelines/project/KR_AG.pdf (дата обращения 31.05.2023).
28. Хроническая сердечная недостаточность. Клинические рекомендации Минздрава России. М., 2020 // cr.minzdrav.gov.ru/schema/156_1 (дата обращения 31.05.2023).
29. Гиляревский С.Р., Голшмид М.В., Кузьмина И.М. Ключевые недостатки вторичной профилактики ишемической болезни сердца с помощью лекарственной терапии: роль комбинированных препаратов с постоянными дозами в решении проблемы. Кардиология. 2018; 58 (11): 17–23.
30. Мобильное здравоохранение. Новые горизонты здравоохранения через технологии мобильной связи. ВОЗ, 2013 // https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/87688/9789244564257_rus.pdf (дата обращения 29.05.2023).
31. Федеральный закон «О рекламе» от 13.03.2006 № 38-ФЗ.
32. Сычев Д.А. Роль информационных технологий в оптимизации применения лекарственных средств в клинической практике: взгляд клинического фармаколога. Южно-Российский журнал терапевтической практики. 2021; 2 (4): 30–32.

Prevention and Treatment of Angina Pectoris: from Traditional Approaches to the Creation of a Unified Online Information System

N.P. Kirilenko, PhD, Prof., I.A. Zhmakin, PhD, N.N. Ilyina, PhD

Tver State Medical University

Contact person: Nikolay P. Kirilenko, pitaniepetrovich@yandex.ru

Introduction. The increase in the incidence of primary angina pectoris (AP) stimulates the search for innovative approaches in its prevention and treatment.

Purpose is to analyze the effectiveness of the prevention and treatment of AP using a traditional approach and the possibility of creating a unified online information system.

Material and methods. 297 patients with AP were studied out of a total sample of 4453 patients formed from three groups. The first ($n = 2390$) – prophylactically consulted with an assessment of risk factors (FR), determination of total cholesterol (OH) and blood glucose levels, taking into account cardiovascular diseases (CVD) and registration of an online cabinet. The second ($n = 1318$) – respondents to an online questionnaire about behavioral FR, obesity and CVD. The third ($n = 745$) is an analysis of every tenth outpatient card in the registry with an assessment of obesity, blood pressure levels, OH, CVD and their drug therapy. **Results.** AP (6.7%) was more common in women than in men (7.7 and 4.7%) and increased with increasing age. In patients with AP, compared with patients without CVD, hypodynamia (50.6 and 42.7%), obesity (40.7 and 14.6%), systolic hypertension (sAG; 66.2 and 14.0%) and diastolic hypertension (dAG; 54.0 and 18.7%), hypercholesterolemia (64.3 and 42.6%) and hyperglycemia (18.6 and 5.3%). Antiplatelet agents were prescribed in 51.7% of cases: aspirin-containing drugs – 77.4%, clopidogrel – 22.6%, joint use – 9.7%. Lipid-lowering therapy – in 61.7% of patients with AP. However, OH < 5 mmol/l was only in 40.0% of patients. Beta-blockers (60.0%), angiotensin converting enzyme inhibitors (47.3%), diuretics (36.4%), calcium antagonists (34.5%), angiotensin II prescription antagonists (29.1%) and fixed doses of AGP (7.3%) were prescribed. However, sAG was in 72.2%, and dAG – in 53.0% of cases.

Conclusion. In order to increase the effectiveness of the prevention and treatment of AP, it is necessary to use information and communication technologies.

Key words: angina pectoris, prevention, treatment, online information system